

Ala Jitarciuc

PARTICULARITĂȚILE ADAPTĂRII CLINICE A NOU-NĂSCUȚILOR MVG ÎN PERIOADA NEONATALĂ
IMSP Institutul Mamei și Copilului (director - dr. med., conf. univ. Ștefan Gațcan)

SUMMARY

PECULIARITIES OF CLINICAL ADAPTATION OF SMALL GESTATIONAL AGE (SGA) NEWBORNS IN NEONATAL PERIOD

Keywords: small gestational age (SGA), intrauterine growth retardation (IUGR).

Purpose: estimation of clinical evolution in SGA newborns in neonatal period.

Materials and Methods: prospective cohort study on a group of 228 newborns from the Mother and Child Institute. The Group (L1) was made up of 110 SGA newborns with birth weight <10 percentile for gestation and the control group (L0) of newborns with eutrophic nutrition. Newborn clinical observation sheet (Form 097/e) was analyzed, of which fetal hypotrophy type and early neonatal morbidity were analyzed. The accuracy of rates and average values was determined by the test of significance (*t student*) and the threshold of significance (*p*) according to the *t student* table.

Results: resuscitation maneuvers at birth have prevailed in the group of SGA newborns (step A, $p < 0.05$, step B, $p < 0.001$, step C, $p < 0.01$ and step D, $p < 0.05$), which signifies and justifies installation yet since intrauterine period of hypoxic condition due to complications of pregnancy and birth and intrauterine decompensation. SGA newborns morbidity in neonatal period was determined by congenital pneumonia, $p < 0.01$, meningitis $p < 0.05$, patent ductus arteriosus $p < 0.01$, persistent pulmonary hypertension $p < 0.05$, hypoglycemia $p < 0.001$ and congenital malformations $p < 0.05$.

Conclusions: SGA newborns more frequently develop various morbid conditions compared to their peers without SGA. It was determined that SGA premature babies develop comorbidities: premature baby anemia, premature baby apnea and neonatal jaundice due to prematurity, 6 (17,6%), $p < 0.01$, congenital malformations $p < 0.05$, while SGA babies born at term develop meconium aspiration syndrome 9 (11,8%), $p < 0.01$ and persistent pulmonary hypertension 4 (5,3%), $p < 0.05$.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКИМ ВЕСОМ ПРИ РОЖДЕНИИ В ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Ключевые слова: низкий вес при рождении (НВР), задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР)

Цель: оценить особенности клинического развития новорожденных с НВР в течение неонатального периода.

Материалы и методы: проспективное когортное исследование группы из 228 новорожденных из Института Матери и Ребенка. Группа (L₁) состояла из 110 новорожденных с массой тела при рождении <10 процентилей для беременности и контрольная группа (L₀) состояла из новорожденных с эвтрофным питанием. Были проанализированы Формы клинического наблюдения за новорожденным (Форма 097/e), из которых были проанализированы тип гипотрофии плода и ранняя неонатальная заболеваемость. Точность соотношений и средних значений определялись с помощью теста значимости (*t student*) и порога значимости (*p*) согласно таблице *t student*.

Результаты: все реанимационные маневры преобладали в группе новорожденных с НВР (шаг А, $p < 0,05$; шаг Б, $p < 0,001$; шаг В, $p < 0,01$ и шаг Г, $p < 0,05$), что означает и оправдывает появление гипоксического состояния еще внутриматочно в связи с осложнениями беременности, родами и внутриутробной декомпенсацией. Результаты исследования подтвердили данные литературы о том, что заболеваемость новорожденных с НВР является наиболее внушительной.

Выводы: Неонатальная заболеваемость детей с НВР во время неонатального периода определялась врожденной пневмонией, $p < 0,01$, менингитом $p < 0,05$, открытым артериальным протоком $p < 0,01$, персистирующей легочной гипертензией $p < 0,05$, гипогликемией $p < 0,001$ и врожденными дефектами $p < 0,05$.

Actualitate: Datele Organizației Mondiale a Sănătății estimează că în lume se nasc în fiecare an 25 milioane de copii cu greutate mică pentru vârsta gestațională, ceea ce constituie 17% din toate nașterile

cu nou-născuți supraviețuitori, 95% dintre aceștia în țările în curs de dezvoltare. Conform aceleiași surse, greutatea mică pentru vârsta de gestație este cauza decesului a 5,6 milioane de copii sub vârsta de 5 ani, pe

glob, în fiecare an. În Republica Moldova, s-a determinat o incidență de 3,19 % în 1993; de 5,1 -5,5 % în anii 2001-2002, iar în 2012- 8,18%.

Pentru supraviețuirea acestui grup de copii sunt necesare tehnologii de ultimă oră (CPAP, ventilare cu frecvență înaltă, surfactant etc). Un copil născut la termen MVG are o probabilitate de deces de 2-3 ori mai mare decât cel normoponderal, un copil prematur (33-37 S.G.) – de 6-20 ori mai mare, pe când un copil prematur (≤ 32 S.G.) are o probabilitate de deces de 100% [5]. Un argument în plus în favoarea celor spuse este că RDIU, atât conform datelor autorilor străini (J. Gardosi), cât și conform rezultatelor auditului decedului perinatal la nivel național, reprezintă cauza majoră a deceselor antenatale (circa 50%) [6].

Mai multe studii confirmă acel fapt că mortalitatea, morbiditatea și sechelele sunt mult mai frecvent observate la prematurii extrem de mici cu RDIU (McCarton și colab., 2006; Piper și colab., 2006). Morbiditatea neonatală la nou-născutul prematur cu RDIU, confirmă displazia bronhopulmonară RR 3,42 (95%CI, 2,29-5,13), retinopatia prematurului gradele III și IV: RR 2,06 (95% CI, 1,15-3,66) [Regev și al, JPed.2003 Aug: 143(2):186-91]. Morbiditatea nou-

născutului MVG născut la termen (Doctor B. A et al, J. Obstet. Gynecol. 2001.185:652-9) - studiu pe un lot de 167 nou-născuți MVG subliniază necesitatea rechemării pediatrie în 57% cazuri; episoade de hipotermie - 17% cazuri; hipoglicemie - 6%; tahipnee tranzitorie - 4%; risc de realizare a infecției - 11%; anomalii congenitale majore - 4%, $p < 0,05$. Conform autorilor, Lin și Santoloya, (Obstet Gynecol 2008), morbiditatea și mortalitatea este mult mai ridicată în cazul RDIU tip I decât în cel de tip II.

Scopul: Estimarea particularităților de evoluție clinică a nou-născuților MVG în perioada neonatală.

Materiale și metode: S-a realizat un studiu prospectiv de cohortă pe un lot de 110 nou-născuți MVG din IMSP IMȘIC. Din Foaia de observație clinică a nou-născutului (Formular 097/e) au fost analizate și selectate datele privind tipul hipotrofiei fetale și morbiditatea neonatală precoce. Formula pentru determinarea volumului eșantionului necesar al grupului de studiu este următoarea:

$$n = \frac{2 \cdot (Z\alpha + Z\beta)^2 \cdot p \cdot (1-p)}{1-f \cdot (Po-P1)^2}$$

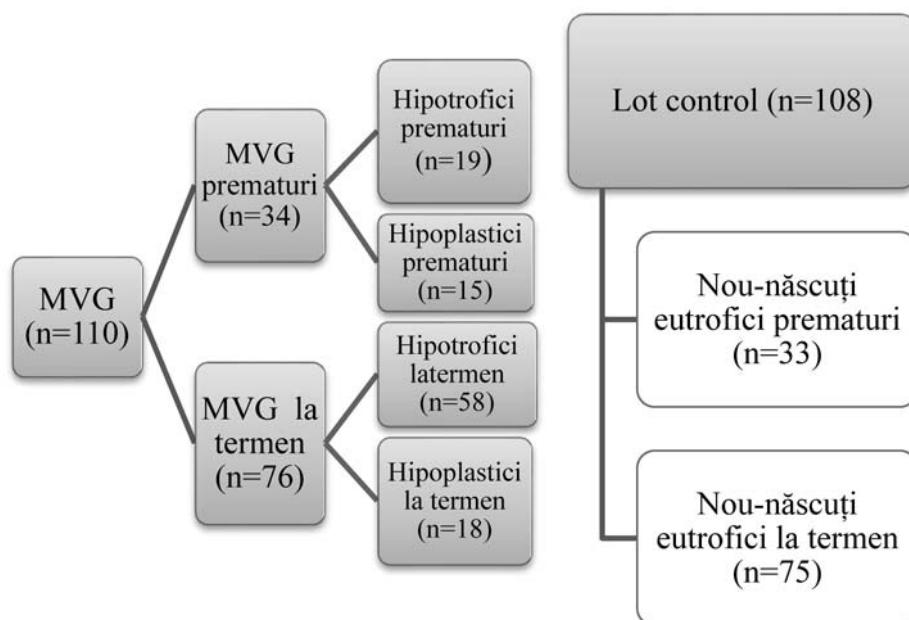


Fig.1. Repartizarea copiilor în studiul prospectiv de cohortă

Pentru evaluarea rezultatelor obținute au fost calculate ratele în baza datelor primare, valorile medii, indicatorii de proporție. Veridicitatea ratelor și valorilor medii este determinată după testul de semnificație (t student) și pragul de semnificație (p) conform tabelului t student. Pentru determinarea riscului apariției fenomenelor analizate, în baza tabelului de contingență 2 x 2, a fost calculat RR (riscul relativ), RP (raportul probabilității), χ^2 (chi – pătrat), Î (intervalul de încredere) și RA % (riscul atribuabil procentual).

Rezultate și discuții: Survenirea și diagnosticul restricției fetale condiționează necesitatea prognosticului imediat la naștere, precum și dezvoltarea lui la distanță, corelând cu etiologia procesului. În timp ce prognosticul imediat dominat de consecințele hipoxiei este bine documentat și impresionant, prognosticul la distanță este dificil de determinat cu siguranță. Depistarea retardului de creștere intrauterin al fătului și prescrierea tratamentului adecvat este o problemă foarte dificilă. Dacă în primele trimestre se observă o creștere mai mică a

greutății materne decât valorile normale, iar măsura abdomenului indică încetinirea în creștere a uterului, aceste semne indică necesitatea transferului pacientei (situația nefiind însă caracterizată prin urgență) la un centru specializat pentru efectuarea examenului ecografic și dopplerografie cu scopul stabilirii diagnosticului. Conform studiului nostru, nașterile cu copii MVG în maternitățile de nivel I au constituit 40,9%, comparativ cu lotul control unde nașterile s-au realizat în 61% cazuri, $p < 0.01$. Analizând referirea nașterilor la nivele

superioare în lotul copiilor MVG, am observat că acest indicator la nivelul II a constituit - 24,5%, $p < 0.05$ însă cu pierderea semnificației la nivelul III unde a constituit 34,5%. Aceasta ne face să ne gândim la lipsa sau insuficiența metodelor de diagnostic antenatal al RDIU și la defecte de conduită a sarcinii în Republica Moldova, deoarece 72 (65,45%), $p < 0.05$ din copiii lotului MVG s-au născut la nivelele I și II, ceea ce nu corespunde cu necesitățile unei conduite corecte a sarcinii și nașterii acestor copii.

Tabelul 1

Nivelul de referire al nașterilor cu copii MVG

| Caracteristica | LOTUL MVG n=110 | | LOTUL CONTROL n=108 | | t | p |
|----------------|--------------------|----------------|------------------------|----------------|--------|-------|
| | n.abs | $P_1 \pm ES_1$ | n.abs | $P_0 \pm ES_0$ | | |
| Nivel 1 | 45 | 40,9±4,68 | 56 | 61,0±4,69 | 3,0301 | <0.01 |
| Nivel 2 | 27 | 24,5±4.10 | 14 | 12,9±3.23 | 2.2234 | <0.05 |
| Nivel 3 | 38 | 34,5±4.53 | 38 | 35,2±4.59 | 0.1084 | NS |

NS- nesemnificativ statistic

Din figura cu analiza criteriului locului de naștere al nou-născuților MVG în raport cu termenul de gestație și tipul acestora rezultă că proporția nou-născuților prematuri MVG atât hipotrofici cât și hipoplastici este în descreștere, cu accent pentru nivelul III de referire (prematuri simetrici 10(66,66%) și prematuri asimetrici 9 (47,36%)), adică practic o jumătate din ei au fost născuți la nivel terțiar. Acest moment se poate de explicat prin riscurile exagerate de morbiditate neonatală și

referirea acestora la nivel terțiar pentru naștere. Dacă analizăm proporția nașterilor cu copilul MVG la termen, atunci, din contra, aceștia s-au născut cu o frecvență mai mare la nivel primar, atât cei simetrici - 8 (44,44%), cât și cei asimetrici - 31 (53,44%), ceea ce ne vorbește despre o referire necalitativă, deoarece majoritatea din ei trebuie transferați la nivel terțiar, cu excepția nașterilor urgente. La nivelul III asimetricii s-au născut în doar 13 (22,41%) cazuri și simetricii în 6 (33,33%).

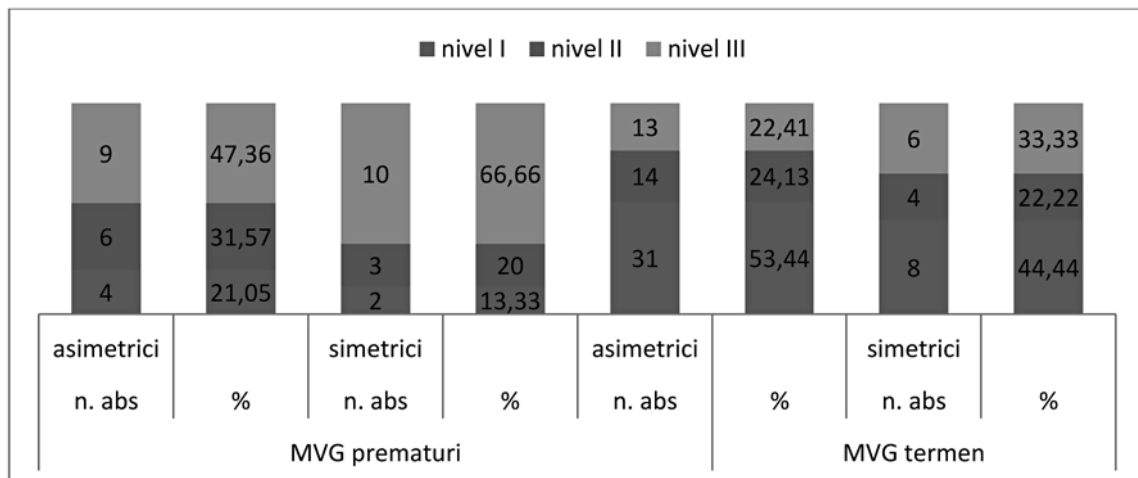


Fig.2 Nivelul de referire și nașterii nou-născuților MVG în raport cu tipul și termenul de gestație

Analiza complicațiilor sarcinii și ale nașterii la mamele nou-născuților MVG în raport cu tipul și termenul de gestație a evidențiat că hipertensiunea arterială indusă de sarcină e responsabilă preponderent de apariția tipului asimetric - 3 (15,78%) cazuri, $p < 0,05$, cu toate că varianta simetrică pentru copiii MVG tip hipoplastici născuți la termen nu se exclude - 2 (11,11%) cazuri. Preeclampsia și/sau eclampsia, la fel, s-a întâlnit mai frecvent în rândul mamelor copiilor MVG prematuri

atât pentru tipul simetric cât și pentru cei asimetrici - 5 (26,31%), $p < 0,01$, ceea ce a constituit practic fiecare al cincilea sau al patrulea nou-născut. Hipoxia fetală progresantă în naștere, fiind complicația cea mai frecventă în studiu, ce a survenit pe fond de hipoxie cronică intrauterină, complică și agravează decurgerea perioadei neonatale precoce și tardive. Tactica și conduita sarcinii și nașterii în aceste cazuri ar trebui să fie îndreptată spre organizarea unei strategii de profilaxie a complicațiilor.

lor neurologice și nu spre finalizarea sarcinii și nașterii. Studiul nostru arată că nou-născuții simetrici la termen au suportat cel mai frecvent această stare - 7 (38,88%) cazuri, cu toate că și din ceilalți copii fiecare al patrulea sau al cincilea s-au confruntat cu această situație. Conform datelor literaturii de specialitate, infecția su-

portată pe parcursul sarcinii cu impact în geneza nou-născuților MVG s-a reflectat cel mai frecvent în rândul copiilor MVG tip simetric prematuri, în studiul nostru - 5 (33,33%) cazuri. Menționăm că ponderea înaltă a infecției nu exclude afectarea proceselor de hiperplazie și hipertrofie intrauterină.

Tabelul 2

Complicațiile frecvente ale sarcinii și nașterii copiilor MVG în raport cu tipul și termenul de gestație

| Caracteristica | N/n MVG prematuri | | | | N/n MVG la termen | | | |
|------------------------------------|-------------------|---------|-----------|-------|-------------------|-------|-----------|-------|
| | asimetrici | | simetrici | | asimetrici | | simetrici | |
| | n.abs, | % | n.abs, | % | n.abs, | % | n.abs, | % |
| HTA indusă de sarcină | 3 | 15,78* | 1 | 6,66 | 2 | 3,44 | 2 | 11,11 |
| Preeclampsie/ Eclampsie | 5 | 26,31** | 3 | 20 | 2 | 3,44 | 1 | 5,55 |
| Hipoxie fetală progresantă | 4 | 21,05 | 3 | 20 | 15 | 25,86 | 7 | 38,88 |
| Insuficiența contracțiilor uterine | 1 | 5,26 | 0 | 0 | 7 | 12,06 | 4 | 22,22 |
| Complicații infecțioase în sarcină | 4 | 21,05 | 5 | 33,33 | 15 | 25,86 | 4 | 22,22 |

Corelație statistic semnificativă $p < 0.05^*$ Corelație statistic semnificativă $p < 0.01^{**}$.

Declanșarea nașterii în faza de reducere a debitului ombilical când au loc modificări ale debitului sangvin ombilical, la făt descrește pO₂ cu 15-20% ceea ce condiționează creșterea indicelui pulsatil în aortă și arterele cerebrale. În această fază ritmul cardiac fetal și scorul biofizic nu se modifică. Dacă în această fază se declanșează nașterea, fragilitatea fetală se traduce printr-un risc triplu de suferință fetală acută.

După cum se observă din tabelul 3, toate manevrele de resuscitare au predominat în lotul copiilor MVG la naștere, ceea ce sugerează instalarea încă din perioada intrauterină a stării hipoxice din cauza complicațiilor sarcinii și nașterii și a decompensării intrauterine, precum și a conduitei incorecte a nașterii, determinând necesitatea realizării pașilor de resuscitare pentru depășirea complicațiilor imediate.

Tabelul 3

Pașii de resuscitare a copiilor loturilor de studiu

| Caracteristica | LOTUL MVG n=110 | | LOTUL CONTROL n=108 | | t | P |
|---|--------------------|----------------|------------------------|----------------|--------|--------|
| | n.abs | $P_1 \pm ES_1$ | n.abs | $P_0 \pm ES_0$ | | |
| O ₂ în flux și stimulare tactilă | 66 | 60.0±4.67 | 49 | 45.4±4.79 | 2.1820 | <0.05 |
| Mască+balon | 45 | 40.9±4.68 | 16 | 14.8±3.42 | 4.4993 | <0.001 |
| Intub+VAP | 15 | 13.6±3.27 | 3 | 2.8±1.59 | 2.9724 | <0.01 |
| Masaj card. | 11 | 10.0±2.86 | 2 | 1.9±1.31 | 2.5734 | <0.05 |
| Medicamente, Da | 11 | 10.0±2.86 | 2 | 1.9±1.31 | 2.5734 | <0.05 |

Noi am analizat în care din subploturi au predominat manevrele de resuscitare și am constatat că masajul cardiac extern a fost efectuat doar în lotul nou-născuților MVG la termen cu predominanța subplotului asimetric la termen - 9 (15,51%) cazuri, deoarece în acest subplot fiecare al patrulea copil din cei 15 (25,86%) a suportat hipoxie fetală progresantă în naștere și doar 4 (6,89%) copii au fost extrași prin operația cezariană urgentă. Se știe că primul factor de risc al nou-născutului MVG este prematuritatea, iar RDIU complică decurgerea perioadei neonatale agravând morbiditatea în ansamblu. În studiul nostru prematurii MVG și în special cei cu tipul hipoplastic au necesitat manevre de resuscitare mai agresive efectuate pentru inițierea respirației și majorarea saturației de O₂ în sângele circulant. Astfel, în subplotul nou-născuților MVG prematuri simetrici s-a aplicat masca și balonul Ambou

de 2 ori mai frecvent - 7 (46,66%) cazuri față de 4 (21,05%) cazuri în subplotul asimetrici prematuri. În subplotul nou-născuților MVG la termen tipul asimetric au predominat iarăși manevrele de inițiere a respirației cum ar fi aplicarea măștii cu balonul Ambou precum și ventilarea artificială pulmonară efectuate practic de 2 ori mai frecvent față de cei cu tipul asimetric.

Conform datelor literaturii de specialitate, vârsta mamei are impact în geneza GMN. În studiul nostru vârsta medie a gravidelor, atât în lotul control cât și în cel de studiu, nu a avut diferențe semnificative, ele fiind în perioada reproductivității în limitele 25-30 ani (lot control prematuri - 28,7±0,93 ani; hipoplastici prematuri 25,5±1,08 ani și 26,9±1,34 ani pentru hipotrofici prematuri), în schimb vârsta de gestație medie este ceva diferită. Pentru tipul hipoplastic prematuri vârsta gestațională medie constituie 29,6±0,65, iar pentru cei

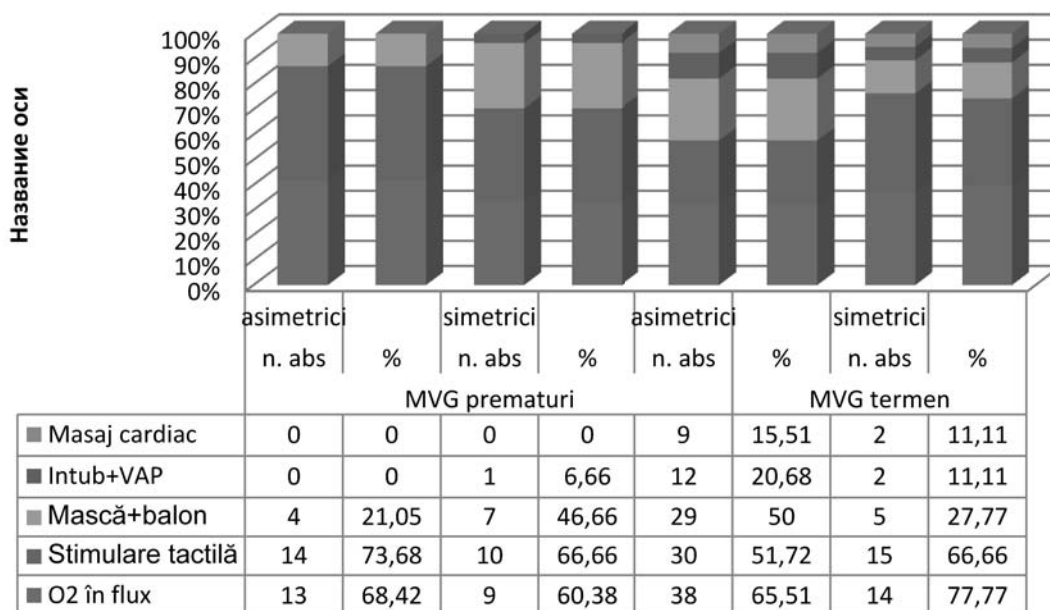


Fig. 3 Manevrele de resuscitare a nou-născuților MVG în raport cu tipul și termenul de gestație

hipotrofici $31,1 \pm 0,67$, ceea ce ne sugerează că cu cât factorul etiologic acționează mai precoce cu atât mai tare este alterat mecanismul de creștere și dezvoltare intrauterină, indicii dați deosebindu-se semnificativ față de lotul control $32,3 \pm 0,34$ s.g. Noul scor Ballard pentru evaluarea maturității neuromusculare și fizice a permis de a identifica aceleași caracteristici. Masa nou-născutului ca factor de prognostic pentru supraviețuirea, creșterea și dezvoltarea copilului, în lotul copiilor hipoplastici și hipotrofici prematuri a constituit aproximativ 1246 g, iar conform tabelului percentilic revine percentilei $4,87 \pm 0,17$, $p < 0,001$. Copiii prematuri ai lotului de control s-au situat la percentila medie $63,1 \pm 4,24$, masa lor medie fiind de $1526,82 \pm 0,11$ g. Diferența masei la naștere în lotul control față de copilul

mic pentru vârsta de gestație a constituit aproximativ 280 g, iar diferența dezvoltării neuromusculare și fizice săptămânale, conform scorului Ballard, mai mult de 5 puncte, ceea ce semnifică un retard de dezvoltare mai mare de 2 săptămâni, $p < 0,001$. Având în vedere că tipul hipoplastic la naștere prezintă limitarea în creștere a tuturor parametrilor antropometrici, pentru talie aceasta s-a situat la nivelul percentilei $8,33 \pm 0,17$ versus pentru tipul hipotrofic și copiii lotului de control - 41 și 46, ceea ce se încadrează în limitele normei. Indicii similari s-au obținut pentru perimetrul cranian la naștere în loturile de cercetare. Astfel, PC la naștere pentru tipul hipoplastic prezintă o limitare de creștere la nivelul percentilei $6,20 \pm 0,17$, comparativ cu lotul hipotrofic $56,58$ și cel de control $56,2$ (tab.4).

Tabelul 4

Valorile medii la naștere ale scorului maturității și ale indicilor antropometrici în lotul copiilor MVG prematuri

| Caracteristica | Lot control Nou-născuți Prematuri (L01=33) | Hipoplastici prematuri (L1B=15) | Hipotrofici prematuri (L2B=19) |
|--|---|--|---|
| | $M_{01} \pm ES_{01}$ | $M_{1B} \pm ES_{1B}$ | $M_{2B} \pm ES_{2B}$ |
| Vârsta gest. medie la naștere | $32,3 \pm 0,34$ | $29,6 \pm 0,65$ | $31,1 \pm 0,67$ |
| Sc. Ballard | $20,55 \pm 0,55$ | $12,7 \pm 0,97^{***}$ | $15,2 \pm 1,22^{***}$ |
| Diferența maturității neuromusculare și fizice conform sc. Ballard | $1,78 \pm 0,82$ | $7,85 \pm 0,46^{***}$ | $5,35 \pm 0,31^{**}$ |
| Masa n/n (g) | $1526,82 \pm 0,11$ | $1246,33 \pm 0,16^{***}$ | $1246,47 \pm 74,37^{***}$ |
| Percentila | $63,1 \pm 4,24$ | $4,87 \pm 0,17^{***}$ | $5,32 \pm 0,63^{***}$ |
| Talia n/n (cm) | $38,93 \pm 2,59$ | $36,87 \pm 0,17$ | $41,11 \pm 0,79$ |
| Percentila | $41,15 \pm 2,33$ | $8,33 \pm 0,17$ | $46,68 \pm 2,92$ |
| PC n/n (cm) | $27,6 \pm 1,83$ | $26,77 \pm 0,17$ | $28,05 \pm 0,48$ |
| Percentila | $56,2 \pm 1,66$ | $6,20 \pm 0,17$ | $56,58 \pm 1,35$ |

Corelație statistic semnificativă * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Analiza vârstei medii a mamei la naștere a copiilor MVG la termen relevă că copiii MVG tip hipoplastic sunt născuți la limita adolescenței – 18,2±2,01 ani, versus copiii hipotrofici la 23,9±0,59 ani și cei ai lotului de control, la care vârsta mamei a constituit 25,31±0,65 ani, ceea ce se află la limita productivității maxime. Evaluarea scorului Ballard și diferenței dezvoltării neuromusculare și fizice evaluate în săptămâni, a evidențiat un deficit de dezvoltare mai mare de 4 săptămâni în rândul copiilor cu tipul simetric și un deficit de 3 săptămâni pentru cei cu tipul asimetric, p<0,001. Diferența semnificativă a masei la naș-

tere în lotul control față de copilul mic pentru vârsta de gestație la termen a constituit aproximativ 1531g pentru tipul hipoplastic și 1388g pentru cel cu tipul hipotrofic, valori ale masei destul de îngrijorătoare pentru dezvoltarea și prognosticul neurodevelopmental, p<0,001. Reflectarea factorilor de risc asupra creșterii taliei nou-născuților MGCV la termen a permis de a determina un deficit de creștere pentru nou-născuții de tip hipoplastic de 4,93 cm, iar pentru cei cu tipul hipotrofic un deficit de 2,21 cm. Atât masa cât și talia nou-născuților MGCV hipoplastici s-au aflat la limita percentilei 4,8±0,84, p<0,001.

Tabelul 5.

Valorile medii la naștere ale scorului maturității și ale indicilor antropometrici în lotul copiilor MVG la termen

| Caracteristica | Lot control Nou-născuți la termen (L02=75) | Hipoplastici termen (L1A=18) | Hipotrofici termen (L2A=56) |
|---|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | M _{0,2} ±ES _{0,2} | M _{1A} ±ES _{1A} | M _{2A} ±ES _{2A} |
| Vârsta gest. medie la naștere | 39,67±0,55 | 40,9±0,23 | 39,17±0,73 |
| Sc. Ballard | 41,06±0,39 | 30,17±0,91*** | 35,48±0,75*** |
| Diferența maturității neuromusculare și fizice conform scor Ballard | 1,76±0,44 | 9,89±0,73*** | 6,12±0,69*** |
| Masa n/n (g) | 3680,72±0,04 | 2149,0 ± 0,12*** | 2292,26±45,32*** |
| Percentila | 61,9±2,76 | 4,8±0,78*** | 5,0±0,81*** |
| Talia (cm) | 51,99±1,69 | 47,06±0,14 | 49,78±1,49 |
| Percentila | 83,34±1,36 | 4,8±0,84*** | 28,0±1,04** |
| PC (cm) | 34,69±1,18 | 32,33±0,50 | 33,59±0,16 |
| Percentila | 59,85±1,18 | 12,0±0,85*** | 36,8±1,21*** |

Corelație statistic semnificativă * p<0.05, **p<0.01, *** p<0.001

Conform datelor literaturii de specialitate, morbiditatea nou-născuților MVG este și ea mai impunătoare. Rezultatele studiului nostru au confirmat aceste date. Tabelul 6 include datele morbidității copiilor MVG din perioada neonatală comparativ cu lotul de control. Semnificația statistică este următoarea: pneumonia congenitală, (p<0.01), meningita (p<0.05), ductul arterial patent (p<0.01), hipertensiunea pulmo-

nară persistentă (p<0.05), hipoglicemia (p<0.001) și prezența malformațiilor congenitale (p<0.05). Cât privește detresa respiratorie, așa cum rezultă din datele literaturii de specialitate, nou-născuții MVG, datorită stresului hipoxic intrauterin și concentrației majorate hormonale, rareori prezintă această patologie. Datele studiului nostru au confirmat acest adevăr.

Tabelul 6.

Comorbiditățile neonatale ale perioadei neonatale precoce în loturile de studiu

| Caracteristica | LOTUL MVG n=110 | | LOTUL CONTROL n=108 | | t | p |
|-------------------------------------|--------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------|--------|
| | n.abs | P ₁ ±ES ₁ | n.abs | P ₀ ±ES ₀ | | |
| Pneumonie congenitală | 57 | 51,8±4,76 | 35 | 32,4±4,50 | 2,9592 | <0,01 |
| Meningită | 6 | 5,5±2,17 | 0 | 0 | 2,5302 | <0,05 |
| S-m convulsiv | 18 | 16,4±3,53 | 0 | 0 | 4,6453 | <0,001 |
| Duct arterial patent | 14 | 12,7±3,17 | 2 | 1,9±1,31 | 3,1433 | <0,01 |
| Hipertensiune pulmonară persistentă | 4 | 3,6±1,78 | 0 | 0 | 2,0268 | <0,05 |
| Hipoglicemie | 25 | 22,7±3,99 | 3 | 2,8±1,59 | 4,6302 | <0,001 |
| Malformații congenitale | 5 | 4,5±1,98 | 0 | 0 | 2,2767 | <0,05 |

Analiza complicațiilor copiilor MVG din perioada neonatală în raport cu termenul de gestație a evidențiat indicii cu semnificație statistică pentru detresa

respiratorie la nou-născuții prematuri - 15 (44,11%) cazuri, p<0,05, pentru complicațiile prematurității, cum ar fi: anemia prematurului, apneea prematurului

și icterul neonatal datorat prematurității - 6 (17,6%) cazuri, $p < 0.01$, prezența malformațiilor congenitale, $p < 0.05$. Pentru copiii MVG născuți la termen indicii cu semnificație statistică s-au obținut pentru sindro-

mul de aspirare a meconiului - 9 (11,8%), $p < 0.01$, precum și pentru hipertensiunea pulmonară persistentă - 4 (5,3%) cazuri, $p < 0.05$.

Tabelul 7.

Comorbiditățile neonatale ale nou-născuților MVG în raport cu termenul de gestație.

| Caracteristica | Prematuri, n=34 | | La termen, n=76 | | t | p |
|-------------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|--------|-------|
| | Abs. | P _{1A} ±ES | Abs | P _{1B} ±ES | | |
| SDR usor | 4 | 11.8±5.53 | 0 | 0 | 2.1328 | <0.05 |
| SDR mediu | 7 | 20.6±6.94 | 0 | 0 | 2.9700 | <0.01 |
| SDR sever | 4 | 11.8±5.53 | 0 | 0 | 2.1328 | <0.05 |
| Sindrom de aspirație meconială | 0 | 0 | 9 | 11.8±3.70 | 3.1887 | <0.01 |
| Hipertensiune pulmonară persistentă | 0 | 0 | 4 | 5.3±2.57 | 2.0624 | <0.05 |
| Complicațiile prematurității | 6 | 17.6±6.53 | 0 | 0 | 2.6948 | <0.01 |
| Malformații congenitale | 5 | 14.7±6.07 | 0 | 0 | 2.4206 | <0.05 |

Analiza frecvenței complicațiilor din perioada neonatală precoce a nou-născuților MVG în raport cu tipul și termenul de gestație a arătat că prematurii simetrici au suportat mai des decât cei asimetrici pneumonie congenitală - 10 (66,66%) cazuri, meningită - 3 (20%) cazuri, HIV - 7 (46,66%) cazuri, s-m convulsiv - 2 (13,33%) și hipoglicemie - 4 (26,66%) ca-

zuri. Tipul simetric al copiilor MVG născuți la termen de asemenea au manifestat mai frecvent pneumonie congenitală - 12 (66,66%) cazuri, DAP - 4 (22,22%) cazuri, hipoglicemie - 5 (27,77%) și EPHI Sarnat II - 6 (33,33%) cazuri. Tabelul 8 reflectă aceste date procentuale, dar care sunt fără semnificație statistică.

Tabelul 8.

Comorbiditățile neonatale precoce ale nou-născuților MVG în raport cu tipul și termenul de gestație.

| Caracteristica | N/n MVG prematuri | | | | N/n la MVG termen | | | |
|--|-------------------|-------|-----------|--------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|
| | asimetrici | | simetrici | | asimetrici | | Simetrici | |
| | n. abs | % | n. abs | % | n. abs | % | n. abs | % |
| Pneumonie congenitală | 9 | 47,36 | 10 | 66,66 | 26 | 44,82 | 12 | 66,66 |
| Meningită | 1 | 5,26 | 3 | 20 | 2 | 3,44 | 0 | 0 |
| HIV I | 0 | 0 | 3 | 20 | 0 | 0 | 1 | 5,55 |
| HIV II | 0 | 0 | 3 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HIV III | 0 | 0 | 1 | 6,66 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| S-m convulsiv | 1 | 5,26 | 2 | 13,33 | 14 | 24,13 | 1 | 5,55 |
| DAP | 2 | 10,52 | 0 | 0 | 8 | 13,79 | 4 | 22,22 |
| Hipoglicemie | 3 | 15,78 | 4 | 26,66 | 11 | 18,96 | 5 | 27,77 |
| EPHI Sarnat II | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 22,41 | 6 | 33,33 |
| Patologie gastrointestinală (reflux gastroesofagian, intoleranță alimentară) | 3 | 15,78 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Malformații congenitale | 0 | 0 | 5 | 33,33 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Concluzii:

1. Numărul mic al nașterilor la nivelul III al nou-născuților MVG sugerează gândul despre necesitatea ameliorării serviciilor de asistență perinatală în Republica Moldova, deoarece 72 (65,45%), $p < 0.05$ copii ai lotului MVG au fost născuți la nivelele I și II, ceea ce nu corespunde cu necesitățile unei conduite corecte a nașterilor acestor copii. Acest fapt denotă imposibilitățile de diagnostic antenatal și o referire necalitativă a nou-născuților către nivelul terțiar.

2. Toate manevrele de resuscitare (pașii A, B, C, D) au predominat în lotul total al copiilor MVG la naștere, $p < 0.05$, ceea ce semnifică și argumentează instalarea încă din perioada intrauterină a deficienței hi-

poxice din cauza complicațiilor sarcinii și nașterii și a decompensării intrauterine. Nou-născuții MVG la termen, comparativ cu cei prematuri, au necesitat manevre de resuscitare mult mai avansate, cum ar fi ventilare pulmonară artificială - 14 (18,4%) cazuri, $p < 0.01$, masaj cardiac și inițierea medicației pentru stimularea cardiorespiratorie - 11 (14,5%) cazuri, $p < 0.001$.

3. Comorbiditatea copiilor MVG (lotul total) din perioada neonatală s-a manifestat prin pneumonie congenitală, $p < 0.01$, meningită $p < 0.05$, duct arterial patent, $p < 0.01$, hipertensiune pulmonară persistentă, $p < 0.05$, hipoglicemie, $p < 0.001$ și prezența malformațiilor congenitale, $p < 0.05$. Patologiile copiilor MVG din perioada neonatală în raport cu termenul de

gestație au prezentat o semnificație statistică pentru complicațiile prematurității, inclusiv: anemia prematurului, apneea prematurului și icterul neonatal datorat prematurității - 6 (17,6%) cazuri, $p < 0.01$, prezența malformațiilor congenitale $p < 0.05$. Pentru copiii MVG născuți la termen datele cu semnificație statistică s-au atestat la sindromul de aspirare a meconiului - 9 (11,8%) cazuri, $p < 0.01$ precum și la hipertensiunea pulmonară persistentă - 4 (5,3%) cazuri, $p < 0.05$.

Bibliografie:

4. JITARCIUC ALA; STRATULAT PETRU. Factorii de risc materno-placentari în morbiditatea neonatală la copiii cu retard de dezvoltare intrauterină. Buletin de perinatologie. 2008. Nr. 2. p. 105-110

5. Paladi Gh., Iliadi Corina. Retardul de dezvoltare intrauterină al fătului și influența lui asupra indicilor perinatali. Buletin de perinatologie, nr. 1, 2005 pag. 61-66.

6. Stratulat P. Ghid de neonatologie, Chișinău, 1998.

7. Stratulat P.; Curteanu A.; Carauș T.; Gardosi J. The experience of use of the growth charts for detection of fetal growth problems Revista Asociației de Neonatologie din România "Neonatologie", România. 2012. Editura "Viața Medicală Românească". nr. 58.

8. STRATULAT P. JITARCIUC A. CURTEANU A.

CARAUȘ T. Incidența retardului de dezvoltare intrauterină în centrul perinatal de nivelul III – IMSP ICȘOSM-șiC. Buletin de perinatologie. Nr. 3, Materialele Conferinței III de Medicină Perinatală. 2006, p. 128 – 132

9. Stratulat P.; Curteanu A.; Caraus T. The impact of IUGR on early neonatal deaths within the implementation of Confidential Enquiry of perinatal deaths First international conference on fetal growth, Birmingham, UK. P 113. 2012.

10. Bernstein IM, Horbar JD, Badger GJ, Ohlsson A, Golan A. Morbidity and mortality among very-low-birth-weight neonates with intrauterine growth restriction. The Vermont Oxford Network. Am.J.Obstet.Gynecol. 2000;182:198-206.

11. Claris O, Picaud JC, Peretti N, Lapillonne A. Retard de croissance intra-utérins. Aspects périnataux. In: Journées Parisiennes de Pédiatrie. Paris: 2004:55-60.

12. Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol.Neonate 2001;80:277-85.

13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The investigation and management of the smallfor-gestational age fetus. RCOG Green Top Guideline 2002 (No.31). www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=531

© Ludmila Ețco

Ludmila Ețco

**REVISTA TEZELOR DE DOCTORAT, SUSȚINUTE DE CERCETĂTORII
DEPARTAMENTULUI ȘTIINȚIFIC AL IMSP INSTITUTUL MAMEI ȘI COPILULUI
LA SPECIALITATEA 321.15 (14.00.01) „OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE” (1994-2014)**

IMSP Institutul Mamei și Copilului (director - dr. med., conf. cercet. Ștefan Gațcan)

SUMMARY

THE ESSENTIAL RESULTS OF DEFENDED DISSERTATIONS IN „OBSTETRICS AND GYNECOLOGY” BETWEEN 1994-2014

Key-words: dissertations in obstetrics, dissertations in gynecology, research direction.

During the last 21 years, the 49 dissertations, including 5 of honored doctors and 44 doctors of medicine, were defended, at the Scientific Council of Institute of Mother and Child, specialty „Obstetrics and gynecology”. There is an obvious subject determination within the major research direction. There were presented latest results possibility of their daily practice implementation for obstetricians and gynecologists. All these will consequently lead to the decrease of mortality, morbidity and impairment degrees for women and children.

РЕЗЮМЕ

**ОСНОВНЫЕ ИТОГИ ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТ, ЗАЩИЩЕННЫХ НАУЧНЫМИ СОТРУДНИКАМИ
АКУШЕРСКОГО ОТДЕЛА ПМСУ ИНСТИТУТ МАТЕРИ И РЕБЕНКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
„АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ” ЗА 1994-2014 ГОДЫ**

Ключевые слова: диссертационные работы в акушерстве, диссертационные работы в гинекологии, тематическая направленность.